FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUILLET 1895

PAR

Marie-Honorine-Romain-Elisée VIGNES

Né à Auriebat (Hautes-Pyrénées), le 28 février 1852.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	LANELONGUE,	professeur,	*président.*
	BOURSIER,	professeur,	*juges.*
	DENUCÉ,	agrégé,	
	CHAMBRELENT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUILLET 1895

PAR

Marie-Honorine-Romain-Elisée VIGNES

Né à Auriebat (Hautes-Pyrénées), le 28 février 1852.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	LANELONGUE,	professeur,	*président.*
	BOURSIER,	professeur,	*juges.*
	DENUCÉ,	agrégé,	
	CHAMBRELENT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON.
	DENUCE.
	VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.
		Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Médecin à Auriebat (Hautes-Pyrénées).

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur BOURSIER

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A Monsieur le Docteur DENUCÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A Monsieur le Docteur CHAMBRELENT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CARCINOME DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Le carcinome de l'ovaire est de ces affections qui n'ont pour ainsi dire pas d'histoire.

A peine mentionné, quelquefois passé sous silence par les auteurs classiques, il n'a que peu intéressé les pathologistes et, à part les rares observations éparses deci delà, on chercherait vainement dans la littérature médicale un travail d'ensemble sur ce sujet. En effet, les auteurs les plus récents admettent que le carcinome développé dans l'ovaire sous forme d'une masse solide est presque une rareté pathologique et que presque toujours la transformation kystique vient modifier la tumeur primitive et la faire rentrer dans la grande classe aujourd'hui bien connue des kystes de l'ovaire. De Sinéty, dans son traité de pathologie, a écrit en 1884 qu'il était impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et

les cancers de l'ovaire, et Pozzi avoue la même impuissance bien que, dit-il, la distinction soit généralement possible au point de vue clinique.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer deux observations de carcinome de l'ovaire qui nous ont été obligeamment communiquées par M. Faguet, chef de clinique de M. le professeur Lanelongue.

Ces observations viennent jeter un jour nouveau sur la thérapeutique des carcinomes de l'ovaire en même temps qu'elles mettent en lumière certains traits caractéristiques de leur évolution. En nous appuyant sur ces deux observations et sur celles que nous avons pu recueillir dans les auteurs, nous tâcherons d'établir les caractères cliniques généraux des carcinomes de l'ovaire et les moyens qui permettent d'en faire le diagnostic. Nous discuterons ensuite les indications de l'intervention opératoire que beaucoup de chirurgiens ont le tort d'abandonner systématiquement dans des cas semblables.

Nous ne saurions prétendre à faire une œuvre originale, mais nous serons trop heureux d'offrir dans notre thèse une étude d'ensemble sur cet important sujet un peu négligé jusqu'ici.

Mais avant de commencer notre travail, il importe essentiellement d'établir une distinction nette entre le véritable carcinome de l'ovaire tel que nous l'entendons et les tumeurs malignes kystiques. Nous n'avons en vue dans cette étude que les tumeurs solides de nature carcinomateuse entrant dans la définition de Larnaudie (Th. Montpellier, 1891) qui considère seulement comme tumeur solide « toute masse ovarienne de formation nouvelle composée exclusivement de parties solides ou dans lesquelles ces parties seraient en excès.

Nous éliminons ainsi tous les carcinomes développés sur les parois kystiques et toutes les tumeurs décrites quelquefois sous

le nom de papillomes cancéreux et qui ne sont que des kystes papillaires rompus, pour nous borner à l'étude du carcinome primitif, nous réservant de faire une place aux cysto-carcinomes dans lesquels les parties solides dominent de beaucoup et aux formes associées telles que le sarcome carcinomateux, association d'éléments néoplasiques divers, dont on a cité quelques exemples.

C'est Morgagni qui, au début de ce siècle, étudia le premier les « tumeurs pleines » de l'ovaire, mais simplement au point de vue de l'anatomie macroscopique, et ce n'est que plus tard que les cliniciens introduisirent dans l'étude des tumeurs solides de l'ovaire la division classique en tumeurs malignes et tumeurs bénignes.

Les études anatomo-pathologiques sérieuses sur ce sujet ne datent que du jour ou l'ovariotomie entra définitivement dans la pratique. En effet, tandis que Kœberlé et Gaillard Thomas étudient ces tumeurs au point de vue clinique, Wirchow, Waldeyer et Léopold, en Allemagne, en donnent de bonnes descriptions anatomiques et continuent sur ce point l'œuvre commencée par Cruveilhier et Malassez. Mais tous ces auteurs étudient en bloc les tumeurs solides de l'ovaire; ils ne font qu'effleurer le carcinome. De même, dans les traités de Spencer Wells, en 1882; de Lawson Tait, en 1886; de Martin, en 1889, et de Pozzi, en 1891, on ne lui consacre qu'un court paragraphe; tandis que le sarcome et le fibrome de l'ovaire, plus fréquents à la vérité, suscitent de nombreux travaux et font l'objet de plusieurs thèses, le carcinome n'est traité dans aucun travail d'ensemble et son étude reste en grande partie confondue, soit avec celle des kystes, soit avec celle des autres tumeurs de l'ovaire.

La thèse de Ziembicki (Paris, 1875) est une importante monographie sur ce sujet et l'auteur y trace un tableau clinique

des tumeurs solides qui est presque resté classique. Il ne parle du diagnostic différentiel des diverses tumeurs que pour en signaler la difficulté.

La thèse de Larnaudie (Montpellier, 1891) sur les tumeurs de l'ovaire présente une statistique à peu près complète de ces tumeurs et on y trouve 21 cas de carcinomes de l'ovaire pour 27 de fibromes et 59 de sarcomes ou tumeurs complexes. Mais il importe de faire un choix dans ce nombre déjà restreint, car l'auteur a rangé sous la rubrique carcinomes des cas où l'examen microscopique n'est nullement indiqué, et d'autres où il s'agit de tumeurs mixtes, les 3 cas de carcinome sarcomateux de Seeger (thèse Munich, 1888). En comptant ces tumeurs mixtes qui, du reste, affectent tout à fait l'allure de véritables carcinomes, on arrive au total de 19 observations en 1891.

Plus près de nous, nous avons vainement cherché d'autres travaux d'ensemble sur la question, mais nous avons pu relever deux observations nouvelles, l'une de M. le Dr Prat, dans le bulletin de la Société anatomique de Bordeaux, et l'autre de M. le Dr Chavannaz, communiquée à la Société de gynécologie de Bordeaux au mois de mai 1895. C'est dire qu'à l'heure actuelle l'étude des carcinomes de l'ovaire est pour ainsi dire encore à faire.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Malgré tout l'intérêt qui s'attache justement à une telle détermination, nous n'entreprendrons pas l'étude des causes des tumeurs carcinomateuses de l'ovaire. Là comme ailleurs le cancer se développe le plus souvent sans cause connue, et l'influence la moins incontestable de toutes, celle du traumatisme que les malades invoquent si souvent pour les tumeurs du sein, par exemple, ne se retrouve pas dans nos observations. On sait, du reste, qu'il ne faut attacher à ces commémoratifs qu'une importance toute relative. Cependant il est un point important à noter, c'est que, tandis que le cancer est une tumeur de l'âge mûr, le cancer de l'ovaire, au contraire, est plutôt une tumeur de la jeunesse.

Plutôt rare après quarante ans, il atteint son maximum de fréquence entre 28 et 36 ans, alors que la femme est dans toute la plénitude de ses fonctions génitales, et à l'encontre de la plupart des tumeurs malignes des autres organes, on le trouve chez des jeunes filles, à 17 ans, à 16 ans voire même à 14 ans. Est-ce à dire qu'il faille chercher dans les troubles génitaux et en particulier dans les troubles menstruels des facteurs étiologiques importants? Faut-il incriminer les excitations sexuelles, les désordres menstruels et avec Scanzoni voir dans l'aménorrhée chronique et la rupture incomplète du follicule de Graaf une cause du développement de ces tumeurs? Nous ne le croyons pas. En effet, les observations recueillies

jusqu'à présent sont en trop petit nombre et trop souvent les antécédents qu'elles donnent sont contradictoires, puisque si dans certains cas les malades ont eu des troubles menstruels nets, dans beaucoup d'autres elles ont joui toujours sous ce rapport d'une santé parfaite jusqu'à l'apparition de leur maladie. L'influence de l'hérédité, celle de la diathèse néoplasique de Verneuil restent ici aussi obscures que pour les autres tumeurs malignes, de même du reste que la théorie parasitaire, malgré les actives recherches de ces dernières années, recherches encore trop nouvelles pour que nous puissions faire autre chose que les signaler.

Nous avons dit, dans notre introduction, combien étaient rares les carcinomes solides de l'ovaire, point sur lequel tous les auteurs classiques sont d'accord. Au reste les tumeurs solides de l'ovaire sont rares d'une façon générale par rapport aux kystes. Spencer Wells propose la proportion de 1,2 0/0. Olshausen de 7 0/0 de même que Martin et Terrier.

Avec les auteurs plus récents, cette proportion s'élève. Karl Von Rokitanski donne 11 0/0 et Haas (*Beitrage zur casuistik der ovarial sarcom.*, Munchen, 1882), arrive au chiffre de 18 0/0. Dans la statistique du service du professeur Demons, Lamarque (Th. de Bordeaux) arrive à une bien plus forte proportion de tumeurs solides mais le nombre des cas est trop restreint. En somme, si l'on tient surtout compte des statistiques les plus récentes, il faut estimer que la proportion des tumeurs solides de l'ovaire, relativement aux kystes, est à peu près de 15 à 20 0/0. L'écart des statistiques anciennes, comme celle de Spencer Wells, peut s'expliquer par la difficulté qu'on rencontre souvent à ranger une tumeur dans la classe des tumeurs solides ou dans celle des kystes.

Bien que dans beaucoup de statistiques on ne trouve que peu de renseignements sur les proportions des diverses tumeurs

solides de l'ovaire, on peut estimer que le carcinome, quoique rare, y occupe une place importante. En effet Ziembicki (Th. Paris, 1875), sur un ensemble de 36 observations, rapporte 8 cas de carcinome de l'ovaire et plus tard Larnaudie (Th. Montpellier, 1891) a 21 cas de carcinomes pour 27 de fibromes et 9 de sarcomes. Cette dernière thèse comprenant un assez grand nombre d'observations, on voit que les carcinomes forment à peu près le 1/5 des tumeurs solides de l'ovaire parmi lesquelles du reste les tumeurs malignes, sarcomes compris, entrent pour plus des 3/5.

Les cancers de l'ovaire, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, se développent le plus souvent chez des sujets jeunes, rarement après 40 ans, ce qui est le contraire pour les kystes de cet organe. Il est à peu près impossible d'établir une règle fixe en ce qui concerne l'ovaire affecté de préférence. Les cancers siègent indifféremment sur l'un ou l'autre, mais il arrive fréquemment que les deux ovaires sont simultanément envahis. C'est ainsi que Léopold, pour 13 carcinomes unilatéraux, cite 10 autres cas de tumeur bilatérale.

Les caractères macroscopiques du cancer de l'ovaire sont bien connus. La forme de ces tumeurs est la plupart du temps régulière et la configuration générale de l'ovaire est respectée. On se croirait, dit Ziembicki en face d'un ovaire sain démesurément agrandi dans tous ses diamètres.

Les formes irrégulières et bosselées paraissent appartenir aux tumeurs primitivement bénignes et ayant subi la dégénérescence carcinomateuse.

Assez grosses en général, leur volume variant de celui d'une tête de fœtus à celui d'une tête d'adulte, ces tumeurs, à volume égal, présentent de grandes variations dans leur poids. A côté de grosses tumeurs pesant 3 et 4 kilos, comme celles de l'observation du Dr Prat, consignée plus loin, on en trouve

qui pèsent 20 et 30 kilos. Ceci se conçoit facilement, étant donné la facilité avec laquelle les tumeurs de l'ovaire présentent des formations kystiques, ce qui diminue leur poids d'autant. C'est aussi pour cette raison que la consistance des carcinomes de l'ovaire varie beaucoup d'un cas à l'autre. Dans certains cas les plus fréquents, ils présentent une dureté squirrheuse tout à fait nette; dans d'autres, au contraire, la consistance est molle et la tumeur fournit en abondance du suc cancéreux. C'est là un point très important à signaler, parce que beaucoup de chirurgiens s'y sont trompés. On peut, en effet, percevoir sur des tumeurs complètement solides, comme celles dont nous nous occupons, une fausse sensation de fluctuation qui peut donner le change et conduire à la ponction exploratrice qu'il vaut toujours mieux éviter quand on le peut. Cette sensation, assez rare du reste, et commune aux carcinomes et aux autres tumeurs solides de l'ovaire, peut être due soit à l'œdème de la tumeur, soit à une très grande vascularisation, comme l'ont démontré Prouth et Guyon. Nous verrons plus loin que la torsion du pédicule joue peut-être un certain rôle dans la pathogénie de cet état œdémateux. Jusqu'à nouvel ordre, il faut donc connaître l'existence de cette pseudo-fluctuation pour s'en méfier au besoin.

Les deux points qu'il importe surtout d'étudier sont le pédicule et les relations de la tumeur avec les organes voisins, c'est-à-dire l'utérus, les anses intestinales, le rectum et le péritoine.

Le pédicule est toujours ou presque toujours court et assez gros. Formé d'une façon constante par le ligament propre de l'ovaire considérablement hypertrophié, il contient quelquefois en sus la trompe et le ligament rond. C'est par là que passent les vaisseaux plus ou moins volumineux qui doivent servir à la nutrition de la tumeur. Cette brièveté ordinaire du

pédicule explique la fréquence relative de l'enclavement des tumeurs solides de l'ovaire, et c'est probablement là qu'il faut chercher la cause des cas d'obstruction intestinale qui, dans plusieurs des observations citées plus loin, sont venus compliquer la maladie primitive.

Comme le pédicule des kystes ovariques, le pédicule des carcinomes solides peut subir des mouvements de torsion, qui ont été étudiés par Freund. Si cette torsion est peu prononcée, la circulation de retour est seulement gênée, et il résulte une hyperémie consécutive avec stase sanguine et œdème. Si, au contraire, la tension est assez exagérée pour obstruer la lumière des vaisseaux, la grangrène de la tumeur en est forcément la conséquence. Le premier degré de torsion est presque normal, il se produit lorsque, par suite de son augmentation de volume, la tumeur, comme nous le verrons tout à l'heure, s'élève dans l'abdomen. Le second, au contraire, ne se produit que sous l'influence de causes plus violentes et aussi moins connues. On a invoqué, sans preuves certaines du reste, les mouvements péristaltiques exagérés, les alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie, les mouvements brusques des malades. Nous croyons aussi avec Thornton que les violences extérieures peuvent exercer dans ce cas une certaine influence. Quoi qu'il en soit, cette torsion est toujours un phénomène grave, puisque la péritonite peut en être la conséquence.

Les adhérences qui unissent la tumeur aux organes voisins sont à juste titre redoutées des chirurgiens, puisqu'elles rendent les interventions beaucoup plus difficiles et assombrissent d'autant le pronostic. En outre, elles favorisent la propagation directe du néoplasme, comme cela est rapporté dans l'observation de Tillaux que nous citons plus loin. Ziembicki pose en principe, dans sa thèse, que ces adhérences sont rares dans les tumeurs solides de l'ovaire. Mais cette proposition, juste

pour les fibromes, est erronée pour les tumeurs malignes et en particulier pour les carcinomes. Dans ce cas, elles se produisent rapidement et sont souvent assez étendues pour rendre toute intervention impossible. Les adhérences solides et souvent très vasculaires unissent la tumeur à l'utérus, aux parois et surtout aux anses intestinales, ce qui en rend la séparation particulièrement dangereuse. C'est en général au bout de deux et trois mois qu'elles commencent à s'établir.

Waldeyer, et son opinion est reproduite tout au long dans la thèse de Ziembicki, avait attribué la production de ces adhérences à la destruction de l'épithélium cylindrique de revêtement de l'ovaire, et le fait que cet épithélium conservé dans les tumeurs bénignes est le plus souvent envahi par les cancers expliquait bien la fréquence des adhérences chez les malades atteintes de ces tumeurs.

Bien qu'à l'heure actuelle les anatomistes considèrent cet épithélium comme représentant le revêtement séreux de l'ovaire, cette opinion ne nous paraît pas moins vraie car la différence entre cet épithélium cylindrique et le revêtement endothélial des autres parties du péritoine viscéral peut suffire à lui seul à expliquer l'absence d'adhérences. Il semble de plus que ces adhérences sont plus précoces et plus fréquentes chez les femmes atteintes de carcinome ovarien dans un âge déjà avancé, et au contraire relativement plus rares chez les jeunes sujets. Léopold a fait remarquer que cet épithélium disparaît chez les femmes d'un certain âge, ce qui vient encore à l'appui de l'opinion de Waldeyer. Dans les cas de tumeurs à accroissement très rapide, les adhérences manquent souvent.

Les adhérences des tumeurs malignes ne sont pas seulement à considérer au point de vue de la difficulté opératoire, nous avons déjà dit plus haut qu'elles pouvaient favoriser la propagation directe du néoplasme. Il nous faut encore men-

tionner leur vascularité très exagérée dans certains cas, lorsque les tumeurs ont atteint de grandes dimensions, ce qui, on le comprend aisément, fait courir aux opérées des dangers énormes.

Cette étude sommaire du pédicule et des adhérences nous amène tout naturellement à parler de la position ordinaire de ces tumeurs et des rapports qu'elles affectent avec les organes pelviens et abdominaux au cours de leur développement, les carcinomes de l'ovaire opérant une véritable migration, migration qui est du reste la règle générale pour les tumeurs de cet organe, et que Freund a justement comparée à celle de l'utérus gravide. Dans une première période, l'ovaire est augmenté de volume et prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, son pédicule est alors presque dirigé d'avant en arrière et la trompe le contourne en demi-cercle. La tumeur est en rapport en avant avec l'utérus qui est en même temps légèrement repoussé du côté opposé, mais tant que son volume ne dépasse pas celui d'une petite orange il n'en résulte souvent aucun trouble appréciable du côté de la vessie et du rectum.

Cette première période est courte, car le carcinome va vite et bientôt le volume augmentant, la tumeur, à l'étroit dans le petit bassin, s'élève dans l'abdomen, entraînant le col en haut, aplatissant en avant la vessie contre le pubis et soulevant les anses intestinales auxquelles elle adhère plus ou moins. A ce moment, elle est en rapport avec la paroi abdominale antérieure directement, de sorte qu'elle est facilement accessible à l'opérateur. Nous avons vu déjà que cette ascension s'accompagnait d'un certain degré de torsion du pédicule.

C'est là la marche la plus commune et aussi la plus favorable, puisqu'à part les troubles vésicaux (ténesme, mictions fréquentes, etc.), et la constipation, les troubles de compression sont assez souvent modérés.

Mais dans d'autres cas, soit brièveté particulière du pédicule, soit développement particulièrement rapide des adhérences très précoces, la tumeur peut rester enclavée. Nous aurons l'occasion de rapporter dans nos observations plusieurs cas d'enclavement dans le petit bassin. Naturellement ici les troubles de compression de la vessie, du rectum, des nerfs sacrés, des vaisseaux, atteignent leur plus grande intensité et s'accompagnent de tumeurs, de constipation, de douleurs irradiées, d'œdème, etc., etc., tous symptômes qui ajoutent à la gravité déjà grande du pronostic.

Nous ne nous étendrons guère sur les lésions des organes voisins dans les carcinomes de l'ovaire. L'utérus présente souvent des lésions de métrite chronique, il est plus ou moins dévié, mais, sauf quelques rares exceptions, sa cavité n'est jamais agrandie, l'hystérométrie fournit un résultat négatif.

Nous signalerons rapidement l'œdème des membres inférieurs, l'hydronéphrose par compression des uretères et l'hydrothorax, qui apparaît parfois vers la fin de la maladie, mais nous nous étendrons plus longuement sur l'ascite.

L'ascite existe en effet dans la grande majorité des cas. Cependant elle manque dans deux de nos observations où la malignité de la tumeur, constatée cliniquement, a été vérifiée par l'examen microscopique. On ne peut donc fonder sur son absence aucune indication. Elle est plus ou moins abondante, souvent elle gêne considérablement la palpation, parce qu'elle masque la tumeur qu'on ne peut sentir qu'à travers une couche de liquide en déprimant très fortement la paroi ou quelquefois après une ponction évacuatrice. Le liquide de l'épanchement peut être séreux, mais il est plus souvent un peu sanguinolent sans jamais être pareil à celui de l'ascite provoquée par le cancer du péritoine. Au microscope on y rencontre des globules rouges et des cellules néoplasiques.

La pathogénie de l'ascite est ici la même que pour les autres tumeurs de l'ovaire. Nous ne pensons pas, avec Pozzi, que la tumeur n'agisse qu'à la façon d'un corps étranger, ni avec Quénu, qu'elle sécrète un produit colloïde déterminant des phénomènes osmotiques. La compression des vaisseaux ne suffit pas à elle seule à l'expliquer et, avec la plupart des chirurgiens, nous nous rangeons à l'opinion de Sébileau, qui attribue à la péritonite chronique inévitable en pareil cas la production de l'ascite. L'irritation du péritoine et son inflammation consécutive sont de règle avec les tumeurs malignes, et nous devons avouer n'avoir aucune explication à donner des deux cas où l'épanchement péritonéal manquait.

Nous reviendrons, en étudiant la symptomatologie sur un accident assez fréquent des carcinomes de l'ovaire, dont nous rapportons trois cas, l'obstruction intestinale.

Avant de passer à l'étude de la structure microscopique des carcinomes de l'ovaire, nous devons faire remarquer que ces tumeurs, par leurs caractères anatomo-pathologiques macroscopiques et par les troubles qu'elles déterminent, se rapprochent beaucoup des autres tumeurs solides de l'ovaire. A part leur rapidité d'évolution, nous devons cependant signaler comme points particuliers au cancer, les adhérences précoces, l'ascite abondante plus souvent séro-sanguinolente et enfin la propagation aux autres organes. Cette généralisation est plutôt rare. Nous en rapportons plusieurs cas. Elle se fait le plus souvent à l'intestin (Tillaux), mais elle s'est faite au cœur (Bucquoy), aux os du bassin (Tillaux). Nous n'avons pas trouvé d'observation où il se soit développé une véritable carcinose miliaire comme cela arrive dans certain kystes papillaires de l'ovaire, et il semble qu'en principe le carcinome de l'ovaire ait plutôt de la tendance à évoluer sur place.

L'envahissement des ganglions abdominaux est fréquent,

mais il est exceptionnel de trouver des ganglions inguinaux.

Nous serons très bref sur l'anatomie microscopique des carcinomes ovariens. On y retrouve la structure typique du carcinome, c'est-à-dire des travées de tissu conjonctif entrecroisées limitant des alvéoles remplies de cellules épithéliales plus ou moins régulières. Le plus souvent les travées conjonctives sont épaisses et la tumeur affecte la forme squirrheuse, elle est dure.

Le carcinome encéphaloïde paraît plus rare. Dans certains cas on trouve mêlées aux cellules épithéliales des cellules embryonnaires en fuseau caractéristiques du sarcome. C'est à ces formes mixtes que Seeger a donné le nom de carcinome sarcomateux. Il en rapporte 3 observations qui ont été consignées dans la thèse de Larnaudie que je ne rapporterai pas du reste, parce que la marche de ces tumeurs ne différant nullement de celle du carcinome pur, elles sont pour nous sans intérêt particulier. Nous ne nous en occuperons donc pas davantage.

Pozzi décrit au cancer de l'ovaire deux formes : l'une, diffuse, la forme médullaire, c'est celle qui fait l'objet de notre observation; l'autre superficielle, la forme papillaire. Cette division est surtout théorique, car s'il existe des tumeurs carcinomateuses solides, répondant bien à la forme médullaire ayant envahi tout l'ovaire et formant une masse néoplasique, la forme papillaire est très facile à confondre avec les kystes papillaires et les tumeurs que les auteurs ont décrites sous le nom de papillomes cancéreux ou cancers papillaires ne peuvent, à notre avis, trouver de place parmi les tumeurs que nous décrivons.

Pour des raisons analogues, et bien que l'opinion de de Sinéty, que nous avons déjà citée en tête de ce travail nous paraisse exagérée, nous n'admettrons dans nos observations

que les carcinomes tout à fait solides, et ne présentant pas de cavités kystiques. Les cysto-carcinomes des auteurs ne sont autres que des kystes glandulaires à toutes petites cavités dont la paroi a subi la transformation carcinomateuse au cours de son évolution. Il s'agit là, si l'on peut s'exprimer ainsi, d'une néoplasie développée sur un néoplasme, mais le néoplasme primitif était un kyste et par suite son étude sort de notre sujet.

A vrai dire il peut arriver que certains carcinomes primitivement solides se creusent par la suite de petites cavités, mais alors le diagnostic anatomique est très difficile et nous n'avons pas la prétention de tracer une limite exacte où des histologistes comme Wirchow l'ont jugé presque impossible. Nous préférons borner notre étude aux cas pour lesquels aucun doute n'est permis sur la forme primitive de la tumeur, c'est-à-dire aux carcinomes exclusivement solides.

Le carcinome de l'ovaire est le plus souvent primitif. Cependant Larnaudie rapporte une observation de cancer secondaire à un cancer de l'estomac. Jame en 1887 (Section *Journal des pathologischen Institutes*).

Le carcinome médullaire tire probablement son origine des follicules de Graaf. On peut admettre sous toutes réserves que le carcinome papillaire, si tant est qu'il en existe de réel, peut se développer primitivement aux dépens de l'épithélium de revêtement.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

Il est presque impossible de décrire au carcinome de l'ovaire une symptomatologie propre quant aux signes physiques surtout. C'est la plupart du temps à l'aide des renseignements que fournit l'étude du développement de la maladie que le chirurgien arrive à faire un diagnostic exact. Aussi y a-t-il tout intérêt à prendre la tumeur dès son début et à la suivre pas à pas dans son développement graduel en étudiant au fur et à mesure les symptômes et les accidents auxquels elle peut donner lieu, jusqu'à son terme final qui est la mort.

Pour la facilité de cette étude, nous adopterons la division de Ziembicki pour les symptômes généraux des tumeurs solides de l'ovaire, division basée sur la connaissance des positions successives de la tumeur.

La première période, qu'on peut appeler période silencieuse, correspond à la phase de développement.

L'ovaire malade occupe sa place normale, son volume n'augmente que très peu et par suite les troubles de compression manquent. Aussi la symptomatologie est-elle très vague.

Cependant, tandis que les tumeurs bénignes ne manifestent leur présence à ce moment que par des douleurs sourdes et une simple sensation de pesanteur, les carcinomes peuvent provoquer au début des douleurs lancinantes, paroxystiques, irradiées dans les membres inférieurs, les aines, les grandes lèvres, mais qui indiquent seulement une affection de l'appareil géni-

tal. Les troubles fonctionnels sont souvent nuls; l'aménorrhée ou la dysménorrhée qui existent parfois serviraient plutôt à induire en erreur en faisant croire à un début de métrite. L'examen direct des malades ne donne guère de résultats. Il faut une palpation soigneuse, un toucher vaginal attentif pour découvrir qu'un des ovaires est tuméfié et douloureux. Au reste, les malades consultent rarement à cette période, et il est des cas où le début du carcinome ovarien s'est fait d'une manière insidieuse. Aussi est-il difficile d'apprécier exactement la durée de cette période de début et par suite de fixer le moment exact ou la maladie a débuté. Toutefois dans la majorité des cas elle est courte, varie entre un et trois mois selon l'âge des malades. Lorsque la tumeur ne devient nettement perceptible qu'après une longue période de douleurs vagues, il est probable qu'on a affaire à une tumeur primitivement bénigne ayant subi ultérieurement la dégénérescence carcinomateuse.

Bientôt, comme nous l'avons vu, l'ovaire malade augmente de volume, tombe dans le cul-de-sac de Douglas et la maladie entre dans une nouvelle phase, caractérisée par des symptômes très nets.

A ce moment les malades souffrant déjà depuis quelques temps voient les règles se supprimer, leurs douleurs devenir plus violentes, souvent presque continuelles et elles constatent en même temps une augmentation du ventre due à l'ascite qui commence à se développer. Leur état général peut rester bon quelque temps encore, mais bientôt l'appétit devient languissant, elles maigrissent, perdent leurs forces et leur visage prend cet aspect particulier que Spencer Wells a appelé facies ovarien.

En même temps elles souffrent d'une constipation opiniâtre, les mictions deviennent douloureuses et très fréquentes. Sou-

vent elles sont tourmentées par du ténesme. La marche est parfois rendue difficile par les douleurs. La respiration est courte et gênée.

Les signes physiques sont alors facilement perceptibles. Outre l'altération de l'état général, l'aspect du ventre est ce qui frappe tout d'abord le chirurgien. L'abdomen distendu s'étale, la main peut déprimer facilement la paroi, car au début l'ascite est peu abondante. La sensation de flot est très nette, la percussion abdominale revèle de la matité dans les flancs élargis, matité qui se déplace quand la malade est dans le décubitus latéral. Ce sont là les signes classiques d'un épanchement péritonéal. Il est rare qu'à cette période une palpation, même très profonde, permette de sentir la tumeur profondément située dans le cul-de-sac de Douglas. A mesure que l'ascite augmente, et cette augmentation est ordinairement rapide, la ligne de matité remonte et peut envahir tout l'abdomen jusqu'à l'ombilic qui s'étale. La paroi devient dure et résistante, mais si le flot manque, on peut percevoir la fluctuation en déployant une certaine force. Cette palpation n'est pas à ce moment très douloureuse.

Si la palpation ne donne que des résultats un peu vagues et permet seulement à cette période la constation de l'épanchechement péritonéal, c'est surtout au toucher vaginal que le chirurgien devra demander de précieux renseignements. Le toucher vaginal est quelquefois rendu difficile parce qu'il n'est pas rare de trouver chez les malades atteintes de carcinome de l'ovaire des grandes lèvres fortement variqueuses et œdématiées qui gênent l'introduction du doigt. On peut cependant constater dès lors une tumeur dure et douloureuse occupant le cul-de-sac de Douglas, tumeur dont on peut jusqu'à un certain point apprécier le volume et la motilité.

Le col est volumineux, car il existe presque toujours en

pareil cas un peu de métrite concomitante, mais c'est surtout la position de l'utérus qu'il convient d'étudier. En effet, cet organe est en légère antéversion et en latéroversion, le col regardant en arrière et du côté opposé à la tumeur qui fait basculer l'utérus en tirant sur son pédicule. Au début la tumeur est trop petite pour être sentie par la palpation bimanuelle; mais plus tard, à mesure qu'elle s'élève et grossit on peut arriver à la sentir entre le doigt introduit dans le vagin et la main déprimant très profondément la paroi abdominale. Cette pression est plus ou moins douloureuse suivant les cas, s'il n'y a pas trop d'ascite, mais il importe bien de se souvenir que la douleur à la pression même très vive, bien qu'appartenant surtout aux tumeurs malignes, ne leur est pas particulière et qu'il est des tumeurs bénignes, des fibromes, très douloureux à la pression. A cette période on pourra rarement constater des ganglions abdominaux, car dès que l'ascite est développée la palpation devient difficile. On peut dans quelques cas constater de l'engorgement des ganglions inguinaux, bien que ce soit là une constatation plutôt rare.

Le toucher rectal, s'il était pratiqué plus souvent, donnerait certainement des renseignements très précieux, surtout au début, car il permettrait de constater la sensibilité de l'ovaire qui commence à être malade et plus tard il deviendrait un précieux moyen de contrôle des autres modes d'investigation. Nous ne saurions trop engager à le pratiquer dans tous les cas, bien qu'il faille souvent faire des efforts de diplomatie pour amener les malades à s'y soumettre.

Enfin il est un dernier moyen qu'il faut souvent employer et auquel on est amené du reste par le doute qu'on éprouve en présence d'une tumeur solide et dure tombant dans le cul-de-sac de Douglas et quelquefois difficile à séparer de l'utérus, nous voulons parler de l'hystérométrie. Cet examen, dans le

cas de carcinome de l'ovaire, révèle des vices de position de l'utérus et fait voir en même temps qu'il n'existe pas d'agrandissement de sa cavité, au moins dans la généralité des cas.

Nous voyons donc que cette seconde période est caractérisée par l'apparition de l'ascite qui s'accroît très rapidement et par la constatation possible d'une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas. Bien que les divers symptômes que nous venons d'énumérer soient communs à toutes les tumeurs de l'ovaire, cependant on peut d'ores et déjà penser à une tumeur maligne, un carcinome. En effet, la précocité de l'ascite, la violence et la persistance des douleurs, l'aggravation de l'état général et enfin l'augmentation rapide de volume constatée par des examens répétés sont caractéristiques de ce genre de tumeur.

Les cas où l'ascite manque sont plutôt favorables à l'observation, car l'examen est alors rendu beaucoup plus facile, mais il faut avouer que l'absence de ce symptôme habituel déroute toujours quelque peu. Il nous paraît même qu'elle ne serait pas aussi constante que l'ont voulu dire Ziembicki et Larnaudie, puisque nous la voyons manquer deux fois sur 14 observations que nous rapportons. Nous avons déjà dit du reste, en parlant de la pathogénie de l'ascite, qu'on ne pouvait tirer aucune indication spéciale de son absence.

Cette deuxième période a une durée qui ne dépasse guère quelques mois, au bout desquels la tumeur qui grossit, s'élève dans l'abdomen ou reste enclavée dans le bassin si elle a contracté des adhérences précoces. C'est en effet lorsque la tumeur atteint le volume d'une tête de fœtus que, d'après Waldeyer, l'épithélium commencerait à être détruit et que les adhérences se formeraient. Cette proposition est trop absolue pour les tumeurs malignes comme le carcinome, car ici l'épithélium est envahi de très bonne heure.

Quoi qu'il en soit, au moment où la tumeur quitte le cul-de-

sac de Douglas pour entrer dans la cavité abdominale proprement dite, les troubles de compression arrivent à leur apogée. Les douleurs abdominales et les névralgies irradiées sur les branches du plexus sacré atteignent une acuité extraordinaire et les paroxysmes nocturnes très fréquents privent les malades à peu près complètement de sommeil. La marche et même la station debout sont très pénibles, le séjour au lit devient souvent nécessaire. Les troubles intestinaux d'obstruction chronique incomplète continuent à se manifester, mais c'est à cette époque, surtout, lorsque la tumeur est enclavée dans le petit bassin, qu'on voit apparaître une des plus terribles complications de la maladie que nous étudions, l'occlusion intestiale dont la mort est la conséquence fatale. En avant, la tumeur pèse sur la vessie, occasionne du ténesme, des mictions fréquentes, parfois de la rétention d'urine. En même temps fréquemment un uretère ou les deux ensembles sont comprimés soit directement par la tumeur, soit qu'ils soient englobés dans des productions carcinomateuses secondaires développées dans les ganglions abdominaux L'anurie qui en est la conséquence amène fréquemment des accidents urémiques qui peuvent devenir la cause de la mort.

Les menstrues à cette période sont souvent complètement supprimées.

Enfin, il nous faut encore mentionner l'œdème des membres inférieurs, assez fréquent vers la dernière période, quelquefois de la phlegmatia alba dolens.

Par son développement progressif, l'ascite gêne le fonctionnement du diaphragme. Il en résulte de la dyspnée, de la toux, de la congestion passive des bases, des palpitations qui viennent encore ajouter au triste tableau que présentent les malades.

Sous ces multiples influences, jointes à l'empoisonnement,

l'état général s'altère de plus en plus, les fonctions digestives deviennent de plus en plus languissantes, l'anorexie s'installe en maîtresse et l'amaigrissement prend des proportions véritablement effrayantes.

C'est alors qu'on voit les malades au facies altéré, dont le thorax presque squelettique et les bras décharnés contrastent étrangement avec un ventre énorme, distendu à l'extrême, et avec des jambes tuméfiées et variqueuses, rester au lit tout le temps, passant leur vie dans des souffrances terribles et appelant à grands cris la mort à leur secours.

A cette période, l'examen physique est relativement facile.

L'ascite persiste avec les mêmes signes, mais alors la palpation profonde fait souvent découvrir une tumeur dure, quelquefois bosselée, plus ou moins immobile, suivant qu'elle est ou non enclavée dans le bassin. Sa surface est souvent lisse, d'autres fois elle présente des bosselures. On a souvent la sensation de fausse fluctuation dont nous avons donné l'explication plus haut.

Au toucher, si la tumeur est complètement abdominale, on sent le col élevé, caché derrière la symphyse, et on peut alors, par la palpation bimanuelle, voir si la tumeur a contracté des adhérences avec le bassin et avec l'utérus, auquel cas elle suit les mouvements imprimés à cet organe. On ne saurait trop, à notre avis, insister sur cette recherche importante d'où découlent de précieuses indications opératoires. Si les adhérences sont la règle à cette période, l'étude des observations montre cependant que chez des sujets jeunes, où le développement de la tumeur est particulièrement rapide, elles peuvent manquer et ces cas, on le conçoit, sont particulièrement favorables à l'intervention.

Si au contraire la tumeur est enclavée, le doigt la trouve bombant dans les culs-de-sac, immobile et dure. L'utérus est

immobilisé et dévié en position très variable suivant les cas. C'est dans cette variété, on le comprend, que les troubles de compression atteignent leur plus grande intensité et que les chances d'une intervention sont moindres, quelquefois tout à fait nulles.

L'auscultation du ventre a été indiquée par Ziembicki comme un bon mode d'exploration. Elle peut en effet permettre de percevoir le souffle vasculaire signalé par Scanzoni dans les tumeurs de l'ovaire très vasculaire. Nous ne reproduirons pas la classification des autres bruits de souffle dans les tumeurs abdominales donnée par Barth et Kintoch.

Nous retiendrons seulement qu'une tumeur qui à l'auscultation donne lieu à un souffle très fort doit en pratique être tenue pour très vasculaire et que le chirurgien doit être sur ses gardes.

Nous signalerons aussi les bruits de frottement, bruit de cuir neuf qu'on perçoit lorsqu'il existe de la péritonite chronique.

Le cathétérisme utérin donne les mêmes résultats qu'à la première période. Nous n'y reviendrons pas.

Il n'est pas rare de constater chez les malades porteuses d'un carcinome de l'ovaire des épanchements pleurétiques ou péricardiques qui paraissent reconnaître une cause dyscrasique et qu'on pourrait peut-être rapprocher de la pleurésie dont le professeur Demons a signalé l'existence fréquente chez les malades atteintes de kystes de l'ovaire.

La suppression de la menstruation est à peu près constante dans cette période. Les métrorrhagies n'ont jamais été signalées.

La terminaison fatale est la règle en dehors de l'intervention. La mort arrive en un temps qui varie de deux mois à deux ans. C'est la forme rapide des tumeurs de l'ovaire de Ziem-

bicki. Toutefois, il est à remarquer que le carcinome de l'ovaire paraît marcher d'autant plus vite que le sujet est plus jeune. Chez les femmes au-delà de trente ans, l'état général peut se conserver longtemps et la tumeur dure plus d'un an, mais une durée excédant deux ans est exceptionnelle et paraît appartenir à des tumeurs bénignes secondairement carcinomateuses.

Nous ne ferons pas le tableau de la cachexie finale. Cette navrante description est classique et l'amaigrissement, la teinte jaune paille qui précèdent la mort dans le marasme sont bien connus de tous. Aussi bien, si la mort par cachexie, par empoisonnement et émaciation est la terminaison normale du cancer en général, dans le cancer de l'ovaire il faut signaler d'autres causes capables d'abréger l'existence des malades.

Au premier rang de ces complications il faut placer l'obstruction intestinale, dont nous rapportons plusieurs cas tous mortels, puis viennent la péritonite par gangrène de la tumeur, à la suite des lésions des pédicules, puis la phlegmatia alba dolens, l'érysipèle gangréneux que signale Ziembicki, mais dont nous n'avons aucune observation et, enfin, les métastases cancéreuses au cœur (cas de Bucquoy), et à d'autres organes importants.

Il faut signaler comme très rare, l'existence des formes lentes ou des tumeurs malignes carcinomateuses, évoluant pendant des années sans altérer l'état général et sans produire d'ascite. Le diagnostic de carcinome est, on le conçoit, difficile à faire.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Barrat. *Arch. de Tocologie*, 1883).

Marie C..., 30 ans. Règles normales, diminuées depuis deux mois. Multipare. Le 6 janvier, à son entrée à la Pitié, état général mauvais. Le ventre est tendu, saillant, à paroi œdémateuse et sillonnée de grosses veines.

Ascite. Pouls petit. Temp. 38. Pas de selles depuis 15 jours. Pas de vomissements. Huile de ricin, lavement purgatif. Pas de selles.

Le 7 : Affaiblissement plus prononcé, langue sèche, ballonnement extrême. Suffocations, pas de vomissements. Temp. 37,8. Un peu d'amélioration les jours suivants. Mort le 16.

Autopsie. — Ascite abondante (liquide séro-sanguinolent). Au niveau du détroit supérieur, tumeur tellement enclavée dans le petit bassin, qu'elle dépasse à gauche vers la fosse iliaque où elle comprime le gros intestin. Elle est adhérente à la face postérieure du ligament large du côté droit occupant la place de l'ovaire.

Il n'existe de dégénérescence cancéreuse dans aucun organe voisin, excepté dans les reins. Cependant tous les ganglions abdominaux étaient pris et la trompe droite était un peu augmentée de volume et carnifiée.

OBSERVATION II

(Section Journal der Patologischen Institutes, 1887).

G... (Anna), morte à l'âge de 57 ans. Poids, 27 kilogrammes.

Autopsie. — Les ganglions inguinaux sont durs et engorgés, surtout à droite. Œdème au niveau des malléoles. On trouve dans le péritoine un litre et demi de liquide teinté en rouge. Le foie est rapetissé et, au niveau du hile, on trouve des masses gélatineuses. Même état pour la rate, mais les parties gélatineuses du hile sont plus nettement carcinomateuses et grosses comme une figue. Le mésentère, le grand épiploon sont couverts de nodosités. Paroi antérieure du vagin descendue, utérus petit, adhérant à la vessie. Partout dans le petit bassin sont des masses gélatineuses, carcinomateuses. Les ovaires sont plus gros qu'une noix et couverts de parties colloïdes. Sur une coupe, l'ovaire est rouge brun, transparent comme du cristal, totalement dégénéré. Les deux tumeurs de l'ovaire sont reliées à la surface postérieure du ligament large par un pédicule court, large de 3 centimètres. Partout, sur le péritoine, sur le bassin gauche, se dessinent des nodosités tantôt transparentes comme du verre et d'un rouge brun, tantôt d'une consistance plus dure et de couleur blanchâtre. Dans l'espace de Douglas, des nodosités blanches, placées côte à côte, ont des dimensions d'une pièce de 5 francs.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le professeur Tédenat, d'après les notes de M. Rauzier, thèse de Ziembicki).

Carcinome de l'ovaire droit.

Mme C... (Amélie), âgée de 37 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Tédenat, le 5 novembre 1888. Rien à noter dans les antécédents de sa famille. De constitution forte, Mme C... a été réglée à 14 ans; deux accouchements naturels à 24 et à 29 ans. Au mois de janvier 1888, le

ventre a commencé à se développer, d'abord sans douleur et au milieu d'une santé générale excellente. En juillet 1888, augmentation très rapide du volume de l'abdomen, diminution de l'appétit, amaigrissement rapide, douleurs sourdes dans le bas-ventre, gêne respiratoire. Menstruation plus abondante durant 7 ou 8 jours, au lieu de 4 ou 5.

5 novembre 1888 : Malade très amaigrie, facies ovarien, ventre ayant le développement d'une grossesse à terme, ascite nette et abondante permettant néanmoins de percevoir l'existence d'une tumeur qui dépasse l'ombilic, difficile à bien délimiter, non fluctuante et comme lobulée. L'utérus est refoulé en arrière et est indépendant de la tumeur qu'on n'atteint pas nettement par le toucher vaginal.

8 novembre : Laparotomie avec toutes les précautions aseptiques. Il s'écoule du péritoine 3 ou 4 litres de liquide jaune clair contenant des concrétions fibrineuses. La tumeur adhère par des adhérences faciles à rompre avec la paroi abdominale antérieure. Elle est grise, irrégulière; en aucun point on ne sent, à sa surface, une franche fluctuation. Le trocart de Spencer-Wells, enfoncé en trois points, donne issue à une faible quantité d'une bouillie de coloration gris blanc. M. Tédenat prolonge l'incision sur la ligne blanche jusqu'à l'ombilic, attire la masse morbide hors de la cavité abdominale, ce qui ne se fait pas sans que la tumeur ne s'écrase en une bouillie gris rosé. Ligature en chaîne du pédicule long de 4 centimètres, épais de 2 à 3 selon les points, large de 5 ou 6. Section au thermocautère. Section d'un bloc d'épiploon adhérent à la tumeur. Lavage abondant de la cavité péritonéale avec de l'eau salée, bouillie et chaude. Pas de végétations sur le péritoine ; ovaire gauche sain. Suture : six points profonds, dix points superficiels. Pansement iodoformé; l'opération a duré en tout 40 minutes.

21 novembre : La malade n'a eu depuis l'opération ni nausées, ni vomissements. La température n'a pas dépassé 38°. Depuis le 9 novembre, elle prend du lait, du bouillon.

Aujourd'hui le pansement est changé. Réunion immédiate parfaite. Le 10 décembre, la malade quitte l'hôpital entièrement guérie. Au mois de juillet 1889, M. Tédenat la revoit. Elle avait grand appétit, avait beaucoup

engraissé et se livrait aux travaux des champs. M. Rauzier avait fait, à plusieurs reprises, l'analyse de l'urine avant l'opération. La quantité était un litre environ avec 6 ou 7 grammes d'urée. Cette hypoazoturie avait donné des craintes sur le résultat immédiat de l'opération. En octobre 1889, la malade rentra dans le service de M. Tédenat. Depuis cinq ou six semaines son ventre avait rapidement acquis un volume énorme; en même temps des douleurs avait apparu dans le bas-ventre et la région lombo-sacrée; M. Tédenat constata une ascite considérable et des bosselures disséminées dans tout l'abdomen. Une ponction faite le 10 novembre donne issue à 6 litres de liquide brun foncé; après cette évacuation, on peut palper de grosses masses arrondies, développées un peu partout dans la cavité abdominale, mais paraissant surtout occuper l'épiploon; quelques jours après, la malade quitta l'hôpital; le liquide ascitique s'était en grande partie reproduit. Au niveau de la ponction on sentait une masse cylindroïde se terminant sous la peau par une saillie du volume d'une grosse noisette et pénétrant dans la cavité abdominale. Elle était probablement due à une greffe néoplasique qui s'était faite dans le trajet du trocart. La malade succomba cachectique en février 1890. La tumeur pesait un peu plus de 3 kilogrammes. La trompe adhérait à sa partie postérieure. La masse néoplasique était fragile et se déchirait facilement. Sur les coupes on voyait à l'œil nu quelques menus kystes sans végétation. L'examen microscopique démontra que la tumeur était constituée par des travées formant des aréoles remplies de cellules épithéliales. Les travées étaient formées par du tissu fibreux infiltré de cellules embryonnaires (carcinome).

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le professeur Grynfeltt (Th. Ziembicki)

Cancer de l'ovaire gauche.

M^me^ X..., 52 ans, ayant antérieurement joui d'une bonne santé, fait appeler M. le professeur Grynfeltt au mois de mars 1882 pour une tumeur abdominale. La menstruation a été toujours normale et la ménopause

remonte déjà à trois ans. M. Grynfeltt constate au palper dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, irrégulière, du volume du poing et très douloureuse. Pas d'épanchement ascitique. Culs-de-sac libres. Pour éviter toute confusion avec un bol fécal qui eût pu donner de pareilles sensations, un purgatif à l'huile de ricin est prescrit; mais après d'abondantes selles, la tumeur occupe toujours le même point et présente les mêmes caractères. Par le toucher bimanuel et l'hystéromètre on note l'indépendance complète de l'utérus dont le volume et les rapports sont normaux. A peine est-il besoin de signaler un petit polype folliculaire occupant la cavité du col. cette tumeur était le siège de douleurs vives qui privaient la malade de sommeil. En présence de ces symptômes, M. Grynfeltt porte le diagnostic de carcinome de l'ovaire et propose à la famille de faire appeler en consultation M. le professeur Dubreuil. La famille ayant demandé M. Boustan, M. Grynfeltt se retira. La malade fut traitée par des calmants, des palliatifs et mourut deux mois après sans avoir été revue.

OBSERVATION V

(Docteur Drysale et Sheffield. *Metropolitan hosp. Lancet,* 21 janvier 1871).

Cancer des deux ovaires.

X..., 40 ans, 9 enfants. Début il y a trois mois par des douleurs vives, tumeur grosse comme un œuf augmentant avec rapidité, suspension des menstruations.

Percussion : Matité à droite et à gauche de l'ombilic.

Palper : Tumeur dure, irrégulière, dans la fosse iliaque gauche.

Toucher : Utérus petit, indépendant, en rétroflexion. En présence d'une dyspnée considérable et d'un état de cachexie prononcée, on fait une ponction le 13 décembre qui amène deux litres de liquide. L'état général baisse graduellement. Mort le 22 décembre avec des symptômes de péritonite.

Autopsie : Les deux ovaires sont le siège de tumeurs squirrheuses; celle de gauche grosse comme la tête d'un adulte; celle de droite comme la tête d'un enfant. Suc cancéreux. Utérus sain.

OBSERVATION VI

(Seeger, *Deutsche klinick*, 1860).

Cancer ovarique gauche. — Grossesse.

K... (Louise), 28 ans, toujours bien réglée, accouchée depuis 15 jours. Début par douleurs vives dans l'hypogastre. On constate dans la fosse iliaque gauche une tumeur qui s'accroît rapidement, au point d'acquérir en 8 jours le volume d'un utérus gravide de six mois. Elle est dure, mobile, paraît adhérente à l'utérus dont le col est placé haut. La tumeur grandit rapidement. Deux mois après la tumeur n'est plus mobile. Troubles digestifs; constipation; mort cinq mois après l'accouchement.

Autopsie. — Cancer de l'ovaire gauche. Adhérences intestinales. Perforation du gros intestin. Utérus normal petit.

OBSERVATION VII

(Bucquoy. *Union médicale*, 1867).

Cancer des ovaires et du cœur.

M..., 24 ans, délicate, maigre, bien réglée, santé satisfaisante jusqu'alors. Entrée à la Charité le 21 décembre 1886 pour légère pleuro-pneumonie. Bruit de souffle rude à la pointe. Pas d'œdème. Depuis trois mois augmentation du volume du ventre. Douleurs vives. Le palper indique une tumeur dure, irrégulière, mobile, douloureuse à la pression. Elle a le volume d'une tête d'enfant, occupe toute la fosse iliaque droite et plonge dans le petit bassin. Au toucher l'utérus est petit, indépendant, le cul-de-sac latéral droit est oblitéré. Vers la fin de novembre, la pleuro-pneumonie se résout, un mieux se produit pendant quelques jours. Le 6 décembre, pouls fréquent, palpitations, dyspnée et mort.

Autopsie. — Pleuro-pneumonie droite. Epanchement dans le péricarde. Cancer du cœur ayant presque détruit les parois du ventricule gauche.

Utérus sain. Les deux ovaires sont envahis chacun par une masse ellipsoïde, dure, irrégulière, de 15 centimètres de diamètre à droite, de 10 à gauche.

Examen microscopique fait par M. Cornil : Cancer alvéolaire.

OBSERVATION VIII

(Tillaux. *Mouvement médical).*

Cancer des ovaires. — Propagation à l'intestin et aux ganglions. — Etranglement.

X..., quarante-trois ans. Tumeur grosse comme un œuf, reconnue dans l'hypogastre, en 1867, mobile et indépendante de l'utérus.

En février 1869, aggravation rapide et progressive de l'état général. Constipation. Vomissements. Phénomènes d'occlusion intestinale. Le toucher indique une tumeur dure, grosse comme une orange, immobile. L'utérus est enclavé aussi. Mort au commencement d'avril.

Autopsie. — Cancer de l'ovaire étendu à l'os iliaque et à l'intestin. Ganglions mésentériques dégénérés. M. Tillaux avait établi le diagnostic de cancer ovarique d'après l'indépendance primitive de l'utérus, la marche rapide et la cachexie profonde occasionnée par la tumeur.

OBSERVATION IX

(Veit, *Berl. Klin. Woch.*, 1867).

Tumeur colloïde de l'ovaire. — Opération. — Guérison.

Elise S..., 24 ans, réglée à 15 ans, pertes peu abondantes. Depuis le mois d'août 1866, absence de menstruation et depuis dix mois crampes, vomissements. Amaigrissement. Douleurs. Ventre volumineux. Pas d'ascite. Le 25 juin 1867, la tumeur dépasse l'ombilic. Elle est lobulée, mobile, à fluctuation peu marquée. Diagnostic. Tumeur colloïde. Bien que l'état général soit très défavorable, opération le 8 juillet 1869. On constate une tumeur cloisonnée à contenu visqueux et colloïde. Les poches sont ponctionnées et la tumeur, bien pédiculée, non adhérente, est enlevée totalement. Guérison.

OBSERVATION X

(Dr Jesset. *Lancet*, 1871).

Cancer colloïde de l'ovaire gauche. — Guérison.

Mary C..., 40 ans, mariée, 4 enfants. Début il y a neuf mois; augmentation de volume du ventre; cessation des règles. Palpation : Grosse tumeur divisée en 3 ou 4 kystes dont un fluctuant. Rien à l'auscultation. Matité presque générale à la percussion. Son plus clair dans les deux flancs. Toucher : utérus paraît gravide. En effet, six jours après, la malade accouche d'un enfant de six mois (4 octobre). — Du 23 au 28, règles reparaissent. — 30 octobre : Ovariotomie. Peu d'adhérences. Pédicule étroit et court. Guérison. Examen histologique : cancer colloïde.

OBSERVATION XI

(Par M. Magnien. *Loire médicale*).

Epithélioma mixomateux (tumeur bilobée) de l'ovaire. — Ovariotomie. — Mort.

Sarah D..., 40 ans, 5 enfants, menstruation régulière. Elle a remarqué une augmentation de volume de la partie droite de l'abdomen il y a un an environ. Douleurs vives dans le ventre et le dos. Etat général médiocre. A son entrée, 21 août 1872, on perçoit une masse irrégulière occupant le détroit supérieur et montant à égale distance de l'ombilic et du pubis. Au toucher : utérus très haut, peu mobile. — 31 août : Ovariotomie. Ascite. Péritonite. On trouve deux tumeurs occupant les côtés de l'utérus. Mort le soir même.

OBSERVATION XII

(Présentée par le Docteur Prat (de Royan) à la Société d'Anatomie de Bordeaux, 20 novembre 1893).

Cancer primitif de l'ovaire droit.

Blanche D..., 17 ans, entre à l'Hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Demons, pour une tumeur de l'abdomen. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Très bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Il y a 3 ans, surviennent, dans le bas-ventre, du côté droit, des douleurs qui, sans être très vives, sont persistantes. La jeune fille découvre bientôt elle-même une petite tumeur du volume d'une noix, roulant sous le doigt et située dans la fosse iliaque droite. Depuis, augmentation progressive de cette tumeur, développement considérable du ventre, perte de l'appétit, amaigrissement.

A son arrivée à l'hôpital, on constate le volume exagéré de l'abdomen dont la forme est irrégulière, développé surtout du côté droit. On remarque sur la peau quelques vergetures récentes. La palpation, difficile, permet toutefois de constater l'existence d'une tumeur indépendante de la paroi, lisse, non fluctuante, mobile transversalement. Matité au devant d'elle.

Le toucher vaginal permet d'affirmer que la tumeur est complètement indépendante de l'utérus.

On porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire et, le 20 juillet, on pratique la laparotomie; à l'ouverture de l'abdomen il s'écoule environ quatre litres de liquide ascitique jaune citron. Puis, apparaît une masse lisse, grisâtre, libre de toute adhérence aux organes voisins, développée aux dépens de l'ovaire droit.

Ablation de la tumeur, nettoyage de la cavité abdominale. Suites opératoires excellentes.

Le 2 août, on enlève les points de suture. Le 13, la malade quitte l'hôpital en excellent état.

La malade, revue en octobre, était en parfaite santé.

La tumeur examinée par le Dr Sabrazès était de couleur rosée, molle, pesant 3,700 grammes. Histologiquement c'est un carcinome typique, constitué par du tissu conjonctif jeune, riche en cellules embryonnaires, creusé d'alvéoles irréguliers contenant de volumineuses cellules rondes, ovales ou en raquette. En aucun point on n'a pu retrouver de traces du parenchyme ovarien.

OBSERVATION XIII (inédite).

(Communiquée par M. le Dr Chavannaz, chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

Obstruction intestinale par carcinome de l'ovaire.

Le 16 avril 1895 entre à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Demons, une femme âgée de 61 ans, sans antécédents héréditaires. Elle avait eu deux enfants, règles disparues depuis 10 ans. Au mois d'août 1894, la malade fut prise brusquement, en pleine santé, de violentes douleurs dans le ventre; de constipation opiniâtre. Au bout de 3 semaines le tout céda avec du repos, des lavements et des purgatifs. Vers le milieu de mars 1895, éclatent des accidents semblables, mais le traitement médical restant sans effet, le ventre devenant de plus en plus tendu et douloureux, la malade se décide à entrer à l'hôpital. L'abdomen est très distendu, le côté droit est particulièrement douloureux, pas de selles depuis le 28 mars. Ganglions inguinaux peu développés. Rien de particulier soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal.

La respiration est fréquente, le pouls est bas, pas de fièvre, état général satisfaisant. Lavement gazeux sans effet. Ponction intestinale avec l'aiguille n. 1 de l'appareil Dieulafoy pour faciliter la respiration. Le lendemain 17 août, lavement électrique sans résultat. Le 18 au matin, laparotomie par M. le Dr Chavannaz, incision de 12 centimètres partant de l'ombilic. Les anses intestinales sont distendues. La main, parcourant le gros intestin depuis le cœcum jusque dans la fosse iliaque gauche, trouve là, affleurant le détroit supérieur, une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une grosse mandarine, plongeant dans le petit bassin, reliée à l'utérus par le ligament large

et adhérente à l'anse pelvienne du côlon ainsi qu'à une anse d'intestin grêle. Une ponction pratiquée dans la tumeur ne ramène pas de liquide, malgré la fluctuation très nette qu'elle présente.

L'isolement de la tumeur est très laborieux et se fait non sans amener deux déchirures de l'intestin grêle. L'une de ces déchirures nécessite une entérotomie suivie d'entérorraphie circulaire, l'autre est simplement réparée par une suture de Lambert. Les anses intestinales sont rentrées dans l'abdomen sauf cependant le côlon transverse, qui rupturé également, est fixé dans l'angle supérieur de la plaie constituant un anus artificiel par où s'écoule une grande quantité de matières verdâtres. — Mort le soir même à 10 h.

Autopsie. — Un peu de sang dans la cavité péritonéale, mais pas de matières fécales. L'utérus est petit, déjeté du côté droit. L'ovaire droit est sain, du moins macroscopiquement.

Quelques portions du néoplasme sont encore trouvées adhérentes à la partie externe de la trompe gauche, sur la partie inférieure de l'S iliaque dont la muqueuse est cependant restée saine, rien aux autres organes. Des coupes pratiquées en plusieurs points de la tumeur ont montré des bandes de tissu conjonctif circonscrivant des alvéoles remplies de cellules qui ne permettent pas d'hésiter sur la nature carcinomateuse de la tumeur.

OBSERVATION XIV (inédite).

(Prise dans le service de M. le professeur Lanelongue).

Carcinome primitif de l'ovaire droit.

Marie R..., 19 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-André, salle 8, pour une tumeur siégeant dans l'abdomen, du côté droit.

Son père est mort très jeune d'une affection sur laquelle la jeune malade ne peut nous donner aucun renseignement. Sa mère vit encore et jouit d'une excellente santé. Un frère également bien portant.

Elle-même, à part une pneumonie à l'âge de 8 ans, s'est assez bien portée quoique un peu frêle et délicate. Réglée à l'âge de 15 ans d'une façon

très régulière. Les pertes duraient 3 ou 4 jours en moyenne, n'étaient pas douloureuses, jamais de caillots. Il y a trois ans, elle commença à ressentir dans toute la jambe droite de légères douleurs qui s'exagéraient après une marche un peu longue.

Puis au mois de décembre 1894, c'est-à-dire il y a sept mois environ, elle s'aperçut par hasard qu'elle portait dans le bas-ventre, du côté droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, tumeur très dure mais non douloureuse à la pression.

A partir de ce moment les règles s'accompagnèrent de coliques violentes mais n'augmentèrent ni en durée ni en quantité, N'éprouvant aucun autre phénomène qui pût l'inquiéter, cette jeune fille ne se décida à consulter un médecin qu'au mois de février dernier. Le médecin ordonna un traitement médical, mais en l'avertissant cependant que tôt ou tard il lui faudrait probablement se résoudre à une intervention chirurgicale. Le résultat du traitement fut négatif, mais la malade n'éprouvant pas de douleurs plus vives qu'auparavant ne revint pas chez son médecin.

Au mois d'avril, c'est-à-dire il y a une quarantaine de jours, les règles furent pour la première fois plus copieuses et durèrent 10 jours. Il en fut de même le mois suivant. A ce moment la malade commence également à éprouver de violents maux d'estomac accompagnés de vertige, puis s'apercevant que sa tumeur vient d'augmenter rapidement de volume elle se décide à consulter de nouveau son médecin, qui lui conseille d'entrer de suite à l'hôpital dans le service de M. le professeur Lanelongue, où elle arrive le 20 mai.

Cette jeune fille, quoique ayant un peu maigri dans ces derniers mois, paraît jouir d'un bon état général. Elle souffre d'une façon presque continue du bas-ventre, mais pas assez cependant pour l'empêcher de se promener dans la salle durant les quelques jours qui précèdent son opération.

Par le palper abdominal on trouve une tumeur ayant à peu près le volume des deux poings. Cette tumeur remonte à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus du pubis; elle est dure, bosselée, et est surtout développée du côté droit de l'hypogastre, remplissant en partie la fosse iliaque correspon-

dante. Elle est assez difficilement mobilisable et paraît s'engager dans le petit bassin. En effet, par le toucher vaginal, on constate que toute la partie postérieure et droite de l'excavation est remplie par une tumeur dure, bosselée, élastique, dont la consistance rappelle celle que l'on pouvait explorer par le palper abdominal. Les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont fortement refoulés en bas. Le col de l'utérus est très haut, en arrière et à gauche.

Si on imprime des mouvements de bascule à la tumeur de la fosse iliaque, on s'aperçoit qu'elle est en relation directe avec celle qui plonge dans l'excavation et que le col suit intégralement tous ces mouvements. Du reste il est impossible au doigt de différencier le corps utérin de la tumeur. L'hystérométrie donne 7 centimètres.

Le 28 mai : Laparotomie ; on tombe sur une tumeur formée aux dépens de l'ovaire droit et dont l'énucléation hors du petit bassin est excessivement pénible. L'utérus est refoulé à gauche par la tumeur, qui l'applique contre la paroi latérale correspondante de l'excavation ; mais entr'eux n'existent pas d'adhérences. L'ovaire gauche est un peu gros, un peu congestionné, mais il paraît sain.

Application d'une pince de Richelot au niveau de la corne utérine du côté droit, ablation de la tumeur, ligature du pédicule à la soie plate.

Les suites opératoires sont des plus simples, pas de fièvre ni de vomissements.

Le 10 juin on fait le pansement et on enlève les points de suture. La réunion est parfaite.

Le 17 juin on supprime le pansement, l'opérée va au bain et à partir de ce jour commence à marcher dans la salle.

Le 20, elle quitte l'hôpital en excellent état, ayant déjà notablement engraissé.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. le professeur Ferré n'a pas permis de retrouver d'éléments normaux de l'organe. Toute la masse était constituée par du carcinome pur, avec prédominance du tissu conjonctif. C'était donc un véritable squirrhe de l'ovaire.

OBSERVATION XV (inédite).

(Prise dans le service de M. le professeur LANELONGUE).

Elisabeth C..., 50 ans, sans profession, entre le 25 mai dans le service des Dames payantes.

Aucun renseignement ne peut nous être donné sur la mort de son père et de sa mère. Elle a 5 frères ou sœurs bien portants.

Elle-même a toujours eu une bonne santé.

Réglée à 12 ans, elle n'a eu d'autres maladies que des érysipèles de la face à répétition, correspondant aux périodes menstruelles et ceci jusqu'à l'âge de 17 ans.

Mariée à 21 ans, elle a eu six grossesses sur lesquelles n'a eu lieu qu'une seule fausse couche. La dernière remonte à neuf ans.

Ménopause il y a deux ans. Malgré cela la santé reste excellente, sauf une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui dure 15 jours au mois de février 1894. Puis, plus rien de particulier lorsqu'il y a quatre mois, la malade s'aperçut par hasard que son ventre avait augmenté de volume.

Elle ne peut nous dire en quel point il commença à grossir. Il était alors du volume du ventre d'une femme enceinte de 7 mois, mais encore assez peu tendu.

Pendant trois mois rien ne se passe de nouveau, pas de douleur; mais perte de l'appétit et léger amaigrissement.

Le mois dernier, la malade prit, un matin, une purgation saline et le soir à 4 heures ressent tout d'un coup, une sensation d'étouffement très pénible, en même temps qu'apparaissent des vomissements qui persistent toute la nuit suivante. A partir de ce moment, c'est-à-dire depuis une trentaine de jours, le ventre a considérablement augmenté de volume, mais toujours d'une façon progressive. Les troubles gastriques se sont accentués. La malade, depuis ce moment, s'est exclusivement nourrie de bouillon et de lait. Amaigrissement rapide. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Le 25 mai elle entre à l'hôpital. L'abdomen est considérablement distendu. Au niveau de l'ombilic, il mesure 92 centimètres. Sur la peau se dessine un réseau veineux anormalement développé. La masse intestinale flotte en avant et se déplace avec les mouvements de la malade.

Le toucher vaginal permet de sentir le col très élevé, l'utérus peu mobile et c'est tout.

Le 27 une ponction donne issue à 8 litres de liquide citrin un peu verdâtre. Après l'évacuation de ce liquide, le palper abdominal fait constater la présence d'une tumeur siégeant dans le bas-ventre, inclinée du côté de la fosse iliaque droite. Elle remonte jusqu'à 10 centimètres au-dessus du pubis, est mamelonnée, dure dans une grande partie de son étendue et présente quelques points ramollis à sa surface. Elle est mobile dans tous les sens, et entraîne l'utérus qui fait corps avec elle. Le col est en arrière et son orifice externe largement ouvert. L'hystérométrie donne 9 centimètres.

Le 30 mai : Laparotomie. On trouve une tumeur des deux ovaires englobant complètement l'utérus.

A gauche, la tumeur est du volume d'un gros poing.

A droite elle est au moins le double. De chaque côté adhérences avec l'utérus qui sont rompues avec assez de difficultés. Chaque tumeur est constituée par une masse rouge, friable, présentant en certains points de petites cavités kystiques variant du volume d'un pois à celui d'une grosse noix. Le liquide dans les unes est citrin, dans les autres franchement hématique. Ces cavités sont séparées les unes des autres par des cloisons d'épaisseur très variable. En certains points on remarque une communication de deux cavités kystiques.

Sur le péritoine pariétal, en avant, à gauche de l'incision est une petite plaque néoplasique de 5 centimètres sur 2.

Ablation des deux tumeurs, résection de la petite partie du péritoine touchée par le néoplasme. Sutures.

Le 1er juin mort dans le collapsus.

L'examen histologique démontre que l'on a à faire à du carcinome encéphaloïde.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

D'après la description des symptômes et la lecture attentive des observations que nous venons de citer, on s'aperçoit qu'il n'est pas un seul signe pathognomonique permettant au chirurgien d'affirmer le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire et encore moins de se prononcer sur sa structure histologique. Cependant, dans bien des cas, l'histoire de la maladie, l'évolution de la tumeur et un examen consciencieux de la femme aboutiront à une probabilité, probabilité qui peut même à l'occasion lever tous les doutes.

Et tout d'abord nous éliminons les tumeurs du rein, de l'os iliaque, le fibrome de la paroi abdominale, qui avec un peu d'attention se distingueront facilement d'un néoplasme formé aux dépens d'un des organes du petit bassin. C'est donc avec les tumeurs des autres parties de l'appareil génital que la distinction surtout sera délicate, et c'est sur ce point que nous allons insister.

Si on a l'occasion d'examiner tout à fait au début une femme atteinte de tumeur de l'ovaire, le diagnostic sera encore assez facile. Par le palper, tumeur consistante et mobile, siégeant dans une des fosses iliaques, ou difficilement accessible dans l'excavation. Par le toucher, utérus normal ne recevant aucun des mouvements imprimés à la tumeur qui le plus souvent se loge soit dans un des culs-de-sac latéraux, soit dans le cul de-sac postéreur. Et encore ici faudra-t-il s'assurer que l'on n'a

pas à faire à un fibrome sous-péritonéal pédiculé, à un cysto-épithéliome au début, à un kyste du parovaire ou à une grossesse tubaire.

S'il s'agit d'un fibrome pédiculé, le plus souvent dans l'histoire de la malade nous retrouverons des hémorrhagies ou tout au moins une augmentation dans l'abondance ou la durée des règles. Ces phénomènes n'auront pu être que passagers, mais en général ils se sont montrés à une époque, au moment où le fibro-myôme était encore interstitiel. De plus, l'absence d'ascite et l'augmentation de longueur de la cavité utérine sont des signes en faveur de la tumeur de cet organe. Cependant il ne faut pas avoir foi absolue en ces deux symptômes, car dans une de nos observations personnelles de néoplasme ovarien nous avons noté l'absence de tout épanchement dans le péritoine et dans une autre l'hystérométrie donnait 9 centimètres.

De plus s'il est classique de ne pas rencontrer de perturbations menstruelles accompagnant les tumeurs ovariennes, nous savons qu'exceptionnellement les règles peuvent devenir plus douloureuses et plus abondantes, comme nous en avons un exemple dans notre observation XIV. Quoi qu'il en soit, ces faits sont exceptionnels, et l'indépendance de la tumeur du corps utérin, sa mobilité indépendante de celle de cet organe, la présence de l'ascite et la constatation de la longueur normale de la cavité utérine, permettront au chirurgien de ne pas s'égarer.

Mais où le diagnostic deviendra impossible, c'est lorsque la tumeur ovarienne, très volumineuse, applique l'utérus contre une des parois de l'excavation, ou lorsque la tumeur bilatérale, se donnant la main en avant, ou plus souvent en arrière de l'utérus, englobe l'organe qui, fusionné à la masse totale, ne peut plus être délimité et suit tous les mouvements imprimés à

la tumeur. Si à cela viennent s'ajouter ou le manque d'ascite, ou l'exagération de longueur de la cavité utérine, ou encore des troubles de la menstruation, nous croyons qu'il sera plus sage de réserver son avis jusqu'au moment de l'ouverture de l'abdomen. C'est surtout alors des commémoratifs dont il faut tenir compte : marche constamment progressive des dégénérescence organiques de l'ovaire, évolution lente pour les fibromes utérins. Puis il faut se rappeler encore que dans le cas de fibrome il y a fréquemment ascension du col, ascension provoquant un allongement du vagin, avec retrécissement de son calibre.

Quant au cysto-épithéliome de l'ovaire à son début, petit kyste quelquefois fort consistant, tellement la poche est tendue, c'est le palper combiné au toucher vaginal ou au toucher rectal qui donnera les meilleurs renseignements.

On arrive ainsi à prendre entre les deux mains la tumeur ovarienne et à reconnaître avec beaucoup d'exactitude sa forme et sa consistance. Si on trouve de la fluctuation, ou seulement de la rénitence, tumeur kystique ; si au contraire le doigt ou plutôt les deux doigts perçoivent une masse dure, bosselée, irrégulière, tumeur solide. Souvent aussi dans ce dernier cas pourra-t-on déterminer un certain ballottement de la tumeur dû à la présence de l'épanchement péritonéal. Dans les kystes du ligament large, le toucher fera reconnaître une tumeur arrondie, régulière, lisse, nettement fluctuante, toujours unilatérale.

Quant aux tumeurs solides du ligament large, nous ne les citons que pour mémoire. Le diagnostic se fait rarement et le lipome ou les fibromes de ce repli péritonéal sont le plus souvent des surprises de la table d'opération. La grossesse tubaire, bien que souvent méconnue ou plutôt confondue, provoque cependant des signes que le médecin ne doit pas laisser échapper. L'absence des règles, l'ensemble des phénomènes sympathiques de la

grossesse, les modifications du côté des seins, le ramollissement du col et l'augmentation de volume du corps de l'utérus sont des signes suffisants pour éviter la confusion. Souvent enfin l'expulsion d'une caduque ou encore l'explosion soudaine des accidents qui accompagnent la formation d'une hématocèle viennent lever tous les doutes du chirurgien qui en outre doit toujours avoir présente à l'esprit la fréquence de l'ascite accompagnant le néoplasme de l'ovaire.

Mais si l'ascite est très abondante, abondante au point de masquer la tumeur qui flotte dans la masse liquide, ou remontée assez haut dans l'abdomen, pour que le doigt ne puisse l'atteindre par le vagin, il faudra encore penser, soit à une péritonite tuberculeuse, soit à de la carcinose miliaire, ou bien à une cirrhose atrophique du foie. Dans ce dernier cas, la connaissance des habitudes alcooliques de la malade, l'amaigrissement coïncidant avec la rougeur des pommettes et du nez, le développement exagéré du réseau veineux de l'abdomen, les hématémèses, les hémorrhoïdes, l'exploration directe du foie, donneront fort à penser que l'appareil génital n'est pour rien dans la production des accidents. Cependant, ici, comme pour la carcinose miliaire et la péritonite tuberculeuse, l'évacuation de l'épanchement ascitique permettra une exploration bien plus facile, et le plus souvent amènera le chirurgien à déterminer l'organe qui doit être mis en cause.

Reste encore à distinguer le carcinome des autres tumeurs de l'ovaire. Pour le fibrome, le diagnostic sera encore assez facile. L'évolution lente, la conservation d'un état général satisfaisant, la configuration de la tumeur, la persistance de la mobilité seront en faveur d'un néoplasme à allures bénignes. Au contraire, la marche rapide, l'amaigrissement, la forme quelquefois bosselée, la consistance inégale, la formation rapide des adhé-

rences seront tout en faveur d'une tumeur maligne. De plus, il ne faut pas oublier que dans les dégénérescences malignes de l'ovaire, l'ascite est plus précoce et plus abondante. Un signe qui peut avoir sa valeur, c'est la bilatéralité de la lésion. Ladouce (Thèse de Paris, 1888-1889), prétend même que toujours la tumeur maligne frappe les deux ovaires, et que si cliniquement un des deux organes paraît indemne, constamment le microscope y révèle la présence d'éléments morbides de même nature que ceux que l'on retrouve du côté opposé.

D'après les observations que nous avons sous les yeux, nous pensons qu'il est difficile d'aller plus loin et d'affirmer que l'on a à faire soit à un sarcome, soit à un carcinome. Bien entendu, nous repoussons comme moyen d'investigation les ponctions faites en pleine tumeur, et ramenant des éléments sur la nature desquels le microscope pourrait nous renseigner.

Le moins qu'on puisse leur reprocher, c'est de provoquer des adhérences qui, plus tard, deviendraient un sérieux obstacle, si le chirurgien se décidait à intervenir d'une façon radicale. Mais, en outre, de ces inconvénients, cette pratique expose à des dangers immédiats. Une observation du service de M. le Dr Verneuil, communiquée par le docteur Terrillon, rapporte le fait d'une jeune fille de 16 ans atteinte de sarcome kystique de l'ovaire, et chez laquelle une simple ponction à la seringue de Pravaz détermina la mort en quelques heures. A l'autopsie, on trouva 2 litres de sang dans le péritoine. Dans la thèse de Ziembicki, nous trouvons trois autres observations de morts consécutives à des ponctions de tumeur maligne de l'ovaire.

Il n'en est pas de même de la paracentèse du péritoine qui est par elle-même sans danger et qui peut être utile dans l'intérêt d'un diagnostic rigoureux. Le docteur Foulis (d'Edimbourg), fournit deux observations dans lesquelles l'examen du

sédiment ascitique permit de reconnaître, dans l'une des amas de petites cellules épithéliales et des noyaux proliférant d'une façon extraordinaire, dans l'autre des amas d'épithélium en voie de prolifération extrêmement abondants.

Malgré tout, cet examen sera souvent négatif et ce n'est que la tumeur sous les yeux que le chirurgien reconnaîtra le sarcome du carcinome. Et même la tumeur en main, sera-t-il parfois obligé de recourir au miscrocope pour être complètement édifié sur la nature du néoplasme.

PRONOSTIC

Ce que nous avons déjà dit nous permet d'être bref sur le pronostic de l'affection. Le carcinome de l'ovaire tue inévitablement dans un espace de temps variant de quelques mois à 2 ans et l'on ne peut ici se payer d'illusion et espérer, comme pour le fibrome de l'utérus, l'heureuse influence de la ménopause. Rappelons également que si l'ascite précoce est d'un mauvais augure, la grossesse paraît aussi retentir d'une façon fatale sur le carcinome de l'ovaire, comme nous en avons un exemple dans notre observation VI.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

La connaissance de l'évolution du carcinome de l'ovaire permet de comprendre la nécessité d'une intervention rapide, prématurée même, si l'on peut s'exprimer ainsi. Puisque l'épithélium protecteur s'altère à mesure que la tumeur grandit, il faudra évidemment essayer d'agir avant la formation des adhérences ou avant que le néoplasme n'ait atteint des dimensions capables, en gênant l'action chirurgicale, de compromettre son succès. L'enclavement dans le petit bassin, par exemple, qui forcerait à recourir au morcellement, serait une fâcheuse complication.

Donc, dès que le chirururgien aura fait le diagnostic de carcinome de l'ovaire, ou seulement s'il a des doutes sur la nature du néoplasme, s'il juge que la tumeur est encore mobile, que son extraction se fera sans difficulté, qu'il n'existe pas encore de généralisation, il ne doit pas hésiter, l'ovariatomie s'impose et s'impose à bref délai. Nous ne voulons pas ici traiter la question de l'ovariotomie, disons seulement que la technique opératoire est la même que pour les kystes de l'ovaire, moins la ponction cependant. Après les soins antiseptiques d'usage, laparotomie sous-ombilicale, énucléation de la tumeur, pose d'une forte pince de Richelot assez près de la corne utérine et section du pédicule en dehors de la pince. Si le pédicule est assez mince, une simple ligature circulaire à la soie plate n° 4 suffira; s'il est volumineux la transfixion du pédicule à

l'aiguille mousse et une ligature en chaîne à laquelle viendra s'ajouter une ligature en masse mettra plus sûrement la malade à l'abri de l'hémorrhagie secondaire. Puis cautérisation au thermocautère de la tranche de section du ou des pédicules, et enfin hémostase parfaite suivie d'une abstersion soigneuse du cul-de-sac de Douglas.

La fermeture de la cavité abdominale sera assurée par des points profonds au crin de Florence comprenant la peau, la couche musculo-aponévrotique et le péritoine. Une suture en surget au catgut du péritoine, puis de la couche musculo-aponévrotique et enfin une série de points superficiels ne comprenant que la peau termineront l'opération.

L'intervention pratiquée ainsi, et dans des conditions semblables, réunit, croyons-nous, toutes les chances de succès. Nous en avons de beaux exemples dans nos observations XII et XIV dont les malades, opérées l'une depuis 19 mois, l'autre depuis un mois et demi seulement, jouissent actuellement d'une excellente santé. Si dans les observations datant d'il y a quelques années, les résultats étaient presque toujours malheureux, c'est que le chirurgien n'attaquait le mal que lorsqu'il y avait pour ainsi dire la main forcée et que peut-être aussi l'antiseptie de l'opérateur, des aides et des instruments était moins rigoureuse qu'aujourd'hui.

La voie constamment suivie pour aborder le carcinome de l'ovaire est la voie abdominale. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur d'un volume encore restreint, nettement mobile, ballottant nettement dans le cul-de-sac de Douglas ou dans un des culs-de-sac latéraux, nous nous demandons s'il n'y aurait pas avantage à employer le procédé que Péan et Segond ont proposé d'une façon générale pour les lésions de l'appareil utéro-annexiel, c'est-à-dire l'extraction par la voie vaginale. En effet, d'après Ladouce, dans tous les

cas de tumeur maligne les deux ovaires sont malades. Si l'un d'eux paraît cliniquement sain, le microscope y révèle la présence d'éléments anatomiques morbides; il doit donc être enlevé à son tour. Et quel avantage à laisser alors en place un utérus privé de ses deux glandes génitales? N'oublions pas d'ailleurs que le carcinome de l'ovaire se développe souvent chez les jeunes sujets et que la laparotomie a ce grave inconvénient de laisser sur l'abdomen une cicatrice toujours fort disgracieuse.

Un point spécial reste à signaler, c'est l'opportunité de l'intervention lorsqu'il y a complication de grossesse. Les cinq observations de Spencer Wells et de Goddaw n'ont trait qu'à des tumeurs fibreuses ou sarcomateuses. Cinq fois l'ovariotomie pratiquée par ces auteurs dans les trois premiers mois de la gestation, a donné des succès sans interrompre le cours de la grossesse. Ces résultats sont fort encourageants et nous pensons que c'est également la voie à suivre lorsqu'il y a coïncidence de grossesse et de carcinome ovarien. Opérer dans les trois premiers mois nous semble préférable que de recourir à l'avortement provoqué qui tue l'enfant, expose la mère et laisse intacte la tumeur. Nous savons du reste qu'attendre la fin de la grossesse est périlleux pour la gestante, la seule observation que nous en ayons pu recueillir étant un exemple de coup de fouet donné à la tumeur par l'évolution de la grossesse.

Nous n'avons encore parlé que des tumeurs mobiles; mais si le chirurgien constate la production de quelques adhérences, si ces adhérences sont limitées et encore assez lâches, et si malgré cela l'état général est resté satisfaisant, il sera parfaitement autorisé à se rendre compte *de visu* de ce qu'il peut faire pour sa malade.

Quelquefois les brides seront assez récentes pour être libérées et alors la tumeur sera enlevée comme nous venons de le dire

D'autres fois les adhérences, tout en étant solides et très serrées, peuvent ne s'être portées que sur un seul organe, dont on peut, sans inconvénient, pratiquer l'ablation. C'est ainsi que dans les cas de carcinome bilatéral de l'ovaire ayant englobé l'utérus et rien que l'utérus, le mieux sera de procéder à l'extirpation de tout l'appareil génital interne.

Enfin si la tumeur est en connexion étroite avec l'utérus, l'intestin, le péritoine, les parois de l'excavation, si la cachexie est très prononcée, nous croyons qu'il est beaucoup plus sage de ne pas vouloir tenter une intervention radicale. Est-ce à dire alors que la malade doive être totalement abandonnée? Non, certainement. Si l'ascite par son abondance provoque de la dyspnée ou d'autres phénomènes de compression, une ponction ou des ponctions répétées seront faites sans inconvénient. Puis il ne faut pas oublier que les malades demandent à être soignées par quelque moyen que ce soit. On pourra donc tenter le traitement par les injections de sérum anti-cancéreux.

Cette méthode née d'hier, toute à l'étude, et dont l'efficacité est encore fort douteuse, est néanmoins d'un emploi facile et d'une innocuité probable. Par son emploi, le médecin, s'il conserve bien peu d'espoir de succès, aura toujours eu le mérite de lutter jusqu'au bout.

CONCLUSIONS

I. Le carcinome de l'ovaire est rare d'une façon absolue. Il est relativement fréquent par rapport aux autres tumeurs solides de cet organe.

II. Il constitue surtout une tumeur de la jeunesse et est exceptionnel après la ménopause.

III. On y retrouve la structure typique du carcinome.
La forme squirrheuse paraît la plus fréquente.

IV. Le type médullaire de Pozzi est plus fréquent que le type papillaire.

V. Le carcinome de l'ovaire donne lieu aux mêmes symptômes que toutes les tumeurs solides de cet organe. Il n'y en a aucun qui lui appartienne en propre.

VI. Le diagnostic de la malignité peut cependant se faire, en se fondant sur l'étude de la marche et la précocité des douleurs et de l'ascite.

VII. L'absence d'ascite, dont nous rapportons plusieurs cas, n'entraîne aucune indication particulière.

VIII. Le pronostic est toujours fatal en l'absence d'intervention. La durée varie de deux mois à trois ans. Les complications, et en premier lieu l'occlusion intestinale, sont toujours à craindre.

IX. L'intervention doit être précoce et complète. Chez les sujets jeunes et non affaiblis, elle a des chances sérieuses de réussite.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 juillet 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

WIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, 1866.

WALDEYER. — *Arch. fur gyn.*, 1871.

BARNES (Robert). — Maladies des femmes, 1874.

ZIEMBICKI. — Th. Paris, 1875.

KŒBERLÉ. — Art. sur les *maladie des ovaires* (Dict. de méd. et de chirurgie).

KLOB. — Path. anat. der weibl., t. II, p. 127.

GAILLARD (Thomas). — Traité clinique des maladies des femmes, 1879.

SPENCER WELLS. — Diseases of the ovaires, 1872. Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883.

PATENKO. — *Centr. f. gyn.*, 1880.

ROKITANSKI. — *Allg. Viener medic. zeit.*, 1880.

Annales de tocologie, 1883, 1884, 1889.

DE SINÉTY. — Traité pratique de gynécologie, 1884.

LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires, 1886.

SCHRŒDER. — *Zeit. f. Gib. u. Gynæk.*, 1885, 1886.

TERRIER. — *Revue de chirurgie*, 1884, 1886.

SECTIANS. — *J. der pathologisten institutes*, 1887.

SEYER. — Ueber solide tum. der ovarien, 1880.

MARTIN (A). — Traité clinique des maladies des femmes, 1889.

TILLAUX. — *Chirurgie clinique*, 1889.

LAMARQUE. — Th. de Bordeaux, 1888-1889.

LADOUCE. — Th. de Paris, 1888-1889.

MONOD (Ch.). — Bulletin et nouv. de Société de chirurgie, nov. 1889.

ECKARDT. — Ueber endotheliale eierstock tumaren, 1889.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1891.

LARNAUDIE. — Th. de Montpellier, 1891.

Traité de chirurgie, t. VIII, p. 616.

19,248. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.